APPENDICE A LA NOTICE

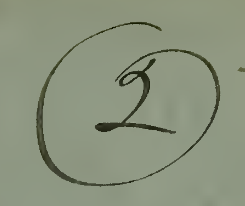
SUR LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LANNELONGUE,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TROUSSEAU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.



1892-1895.

PARIS,

GAUTHIER-VILLARS ET FILS, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE,

Quai des Grands-Augustins, 55.

1895

APPENDICE A LA NOTICE

SUR LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LANNELONGUE,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TROUSSEAU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

1892-1895.

PARIS,

GAUTHIER-VILLARS ET FILS, IMPRIMEURS-LIBRAIRES
DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE,
Quai des Grands-Augustins, 55.

1895

APPENDICE A LA NOTICE

SUR LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

De la scoliose hystérique.

La *scoliose hystérique* doit prendre place parmi les déviations rachidiennes provoquées par la contracture musculaire sans lésion des os. Elle est comparable à la coxalgie et au pied bot hystériques, et elle est encore plus rare que ces dernières affections. *Ayant eu l'occasion d'en observer deux cas à une époque où l'on ne parlait pas encore de cet état morbide*, j'ai suggéré à l'un de mes élèves, M. le Dr Vic, de faire sa Thèse sur ce sujet.

Dans sa Monographie (1892), M. le Dr Vic n'a pu trouver, dans les publications françaises ou étrangères, que cinq observations comparables. Les faits que je lui ai communiqués lui ont permis d'établir l'existence de cette forme clinique dont il a fait la première étude.

Observation de fracture du crâne à grand fracas ayant comme centre le pariétal droit. — Paralysie faciale du côté correspondant au traumatisme. — Hyperthermie nerveuse. (En collaboration avec M. Mauclaire.)

(*Bulletin de la Société anatomique*, p. 185; 1892.)

Cette observation suivie d'autopsie est intéressante à divers points de vue : 1° elle confirme les recherches de Duret sur les traumatismes cérébraux ; 2° elle explique un symptôme paradoxal en apparence, je veux parler de la paralysie de la face du côté traumatisé ; 3° elle établit enfin que l'hyperthermie observée aussitôt après l'accident est due à l'irritation cérébrale et non à une infection qui n'aurait pas eu le temps de se produire ; elle confirme sur ce point les expériences physiologiques de Ch. Richet, d'Anderson, de Sachs, etc.

Sarcocèle syphilitique chez les enfants.

(*Bulletin médical,* p. 129; 1892.)

Les lésions de la syphilis héréditaire chez les enfants occupent le plus souvent le testicule proprement dit et non ses annexes. Elles siègent sur la tunique albuginée et dans le parenchyme testiculaire; ce sont des gommes. Elles sont plus souvent unilatérales. Enfin on ne rencontre pas, chez les petits malades, d'autres altérations ailleurs, ce qui est le cas le plus rare; le plus ordinairement la syphilis héréditaire du testicule coexiste avec des altérations des os, du tibia en particulier, de la kératite, du coryza, des lésions cutanées, des cicatrices multiples, etc. ; etc.

Tuberculose de la clavicule et du sternum.

(*Bulletin médical*, p. 699; 1892.)

La *tuberculose de la clavicule* n'est pas observée fréquemment; j'en cite deux exemples dont l'un *compliqué d'un abcès sous-mammaire* pouvant faire croire à une tumeur du sein.

La *tuberculose du sternum* est beaucoup plus fréquente, ce qui s'explique par la nature très spongieuse de cet os et par ses usages. Elle y donne lieu à des complications, *principalement à des abcès sur lesquels l'attention n'avait pas été suffisamment appelée.* Tantôt l'abcès *occupe exclusivement la cavité thoracique,* une partie du médiastin et il peut s'ouvrir dans les bronches, la plèvre, etc. Tantôt il est *exclusivement compris dans la paroi thoracique* et proémine à sa surface plus ou moins loin de son origine.

Dans quelques cas il est à la fois *extra et intra-thoracique*, c'est-à-dire en bouton de chemise, les deux poches communiquant par un trajet qui perfore le sternum. Cette variété présente souvent le caractère pulsatile.

Enfin j'ai signalé *deux variétés d'abcès ossifluents encore plus rares.* Dans l'une, l'abcès de la face antérieure du sternum se développe au-dessus de la fourchette de cet os et vient former une seconde poche en arrière dans le thorax; il est comme en fer à cheval au-dessus du sternum. Dans l'autre, l'abcès suit les attaches du diaphragme et vient apparaître loin de son origine dans la paroi abdominale.

La Tuberculose chirurgicale.

(Un Volume de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. Paris, 1893; G. Masson, Gauthier-Villars et fils.)

Ce Volume n'est que l'exposé succinct des idées courantes sur cette matière; il devait avoir, avant tout, une portée pratique. *Je me suis efforcé d'y présenter clairement les indications nécessaires pour poser de bonne heure le diagnostic, condition essentielle pour obtenir beaucoup plus facilement et en moins de temps la guérison des sujets.* Je me suis appesanti ensuite sur le traitement qui me paraît convenir le mieux à chacune des périodes de la maladie.

Après avoir montré ce qu'on devait entendre par tuberculose chirurgicale, j'ai fait, dans un Chapitre unique, la pathogénie de toutes les formes qu'elle revêt; j'ai envisagé ensuite la tuberculose du tissu cellulaire, la plus commune de toutes, puis successivement celle des os et des articulations, des ganglions, gaines tendineuses, etc.

L'étude de toutes ces formes contient le résumé des recherches que j'ai poursuivies avec persévérance depuis 1877 et qui ont porté particulièrement *sur la nature et la constitution des abcès froids, sur la tuberculose osseuse et articulaire*. La théorie *vraie de l'abcès par congestion* a été établie sur de nouvelles données, et la thérapeutique chirurgicale a vu naître deux nouvelles méthodes : l'*extirpation des abcès tuberculeux* et la *méthode sclérogène*, qui découlent de ces recherches.

Du diagnostic de la coxotuberculose au début.

(*Presse médicale*, 24 février 1894.)

Leçon clinique où est mise en relief l'importance de *la méthode d'examen* qui comprend des procédés très divers, d'ordre physique et psychique, tous utiles à connaître et à suivre avec discernement pour arriver à un diagnostic exact et précis. Le *diagnostic précoce* conduit à la guérison dans les meilleures conditions et dans un temps relativement court.

De la scapulotuberculose.

(*Presse médicale*, 6 octobre 1894.)

J'ai fait tout d'abord connaître dans cette Note *la cause de la rareté de la tuberculose dans la jointure de l'épaule* tandis qu'on l'observe si souvent

à la hanche (3 contre 120 d'après nos relevés) : à l'épaule les surfaces articulaires s'écartent, le poids du membre supérieur éloigne la tête humérale de la cavité glénoïde; à la hanche, au contraire, le poids du corps applique avec force la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. *Cette compression physiologique amène une stase sanguine qui arrête les bacilles.* C'est pour ce même motif que les tuberculoses sont beaucoup plus fréquentes dans la colonne vertébrale, au genou, au cou-de-pied, là en un mot où le poids du corps fait sentir ses effets sur un squelette spongieux.

J'ai établi ensuite que, contrairement à ce qui a lieu à la hanche, *il n'y a pas ici de luxation proprement dite* et j'en ai donné la raison.

Enfin j'ai montré que ce qui rendait la maladie beaucoup *moins grave et curable presque toujours chez l'enfant*, c'était justement *l'intervention du poids du membre agissant comme la méthode des tractions continues* en empêchant les complications de se produire et les désordres de s'étendre.

Arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales.

(*Bulletin médical*, p. 864; 1894.)

Recherches de topographie craniocérébrale chez les enfants brachycéphales et mésaticéphales de deux à quatorze ans. — Procédé pratique.

(En collaboration avec M. Mauclaire.)

(*Congrès français de Chirurgie*, 8[e] session; Lyon, 1894.)

La *Craniotopographie*, née il y a plus de trente ans, ne se montra pas tout d'abord avec l'importance qu'elle a acquise depuis, surtout dans ces dernières années. Aussi n'a-t-on pas tardé à renoncer aux *procédés de topographie dits absolus* pour leur substituer les *procédés proportionnels,* qui ont sur les premiers le grand avantage de tenir compte de variations individuelles nombreuses et importantes. Citons parmi eux ceux de Debierre et Le Fort, de Masse et Woolongar, d'Anderson et Makins. Le procédé que nous préconisons et qui est véritablement *pratique,* ainsi que l'indique le nom que nous lui avons donné, *est né de l'examen de* 78 *hémisphères après trépanation*. Il a pour premier avantage, en effet, d'être simple et très pratique. Secondement, il tient compte des *variations de forme aux différents âges et ces variations sont grandes;* il repose sur des moyennes en nombre assez considérable pour qu'en l'employant on obtienne une exactitude relative plus que suffisante; car si l'on voulait apporter une précision parfaite

dans l'étude du crâne au point de vue de ses applications chirurgicales et déterminer sur ses parois un point fixe correspondant à un point fixe de l'encéphale, on serait vite découragé.

Heureusement cela n'est nullement nécessaire et l'on doit se déclarer satisfait quand l'erreur ne dépasse pas un centimètre. Voici donc les *conclusions nouvelles* de ce Travail.

L'extrémité supérieure du sillon de Rolando est à 55 pour 100 sur la ligne sagittale naso-protubérantielle.

Pour trouver l'extrémité inférieure de ce même sillon de Rolando, il faut élever une perpendiculaire sur une ligne courbe horizontale naso-protubérantielle au niveau du cinquième antérieur de cette courbe et lui donner une longueur égale à ce cinquième.

Pour découvrir le pied de la circonvolution de Broca, il faut élever une perpendiculaire à l'union du sixième antérieur avec les cinq sixièmes postérieurs de la courbe horizontale (apophyso-orbito-protubérantielle), et lui donner une longueur égale au sixième antérieur de la courbe. A âge égal, les variations individuelles sont très grandes.

Le pli courbe se trouve placé sur une perpendiculaire élevée sur la courbe horizontale précédente, à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, à une hauteur égale à la longueur de ce tiers postérieur.

Enfin *l'artère méningée moyenne* coupe la même courbe horizontale à l'union du dixième antérieur avec les neuf dixièmes postérieurs.

Ostéomyélite traumatique de la rotule et périarthrite suppurée du genou.

(*Bulletin médical*, 1895; p. 883.)

Les ostéomyélites de la rotule ne sont pas fréquentes. Elles sont dites *spontanées* lorsqu'on n'en voit pas la cause immédiate, et *traumatiques* lorsqu'elles succèdent à une blessure de cet os. Dans l'un et l'autre cas, elles sont toujours d'origine *microbienne* et en général engendrées par *le staphylococcus aureus.* La communication qui fait l'objet de cette publication relate deux exemples de cette affection, l'un spontané et l'autre traumatique. *Elle montre que l'ostéomyélite rotulienne est souvent prise pour une périarthrite suppurée.* Je donne les caractères qui permettent de distinguer les deux affections l'une de l'autre et de les différencier toutes les deux de l'arthrite suppurée sans lésion des os. Le traitement est celui des ostéomyélites ordinaires; l'encastrement du noyau osseux rotulien dans son cartilage protège en général l'articulation du genou.

Mal de Pott dorso-lombaire. Atrophie musculaire et abcès par congestion.

(*Bulletin médical,* p. 925; 1895.)

Cette Note ne présente que la particularité suivante, intéressante au point de vue du diagnostic des complications du mal de Pott. Un malade atteint de mal de Pott porte un abcès par congestion qui descend jusque dans la fosse iliaque; la cuisse de ce côté étant beaucoup plus volumineuse que l'autre, on croit que l'abcès y pénètre par l'un des anneaux naturels. En réalité l'abcès n'a pas quitté l'abdomen et l'augmentation de volume de la cuisse n'est qu'apparente. L'erreur provient de ce que la cuisse de l'autre côté est très atrophiée; l'autre membre est normal.

Scoliose, sa pathogénie et son traitement rationnel.

(*Bulletin médical,* p. 710; 1895.)

Après avoir examiné, dans cette publication, les diverses théories qui ont été émises sur l'origine de la scoliose des enfants ou des adolescents, c'est-à-dire sur la scoliose proprement dite, j'ai développé, en m'appuyant sur les faits et sur l'étude des pièces anatomiques, *l'opinion que la scoliose dite essentielle était une forme retardée du rachitisme.* J'ai fait voir ensuite qu'étant donné le défaut de résistance des vertèbres, par suite de ce trouble de nutrition, *la déviation se produisait sous l'influence du poids de la tête et des parties supérieures du corps par le fait de l'action musculaire.* Cela explique bien la constance du type de la déviation, puisque le mécanisme pathogénique est le même pour tous les cas analogues. Les phénomènes sont d'ailleurs comparables à ceux qui se produisent dans les membres, dans le thorax, lorsque les os de ces régions du corps sont atteints de rachitisme.

Cette pathogénie m'a conduit à instituer *un traitement rationnel* dont je ne puis qu'indiquer ici les traits principaux.

La surcharge étant la cause première de la formation de la scoliose dans une colonne vertébrale dépourvue de résistance, il est nécessaire et urgent d'empêcher le poids des parties supérieures du corps d'agir. Or, les appareils orthopédiques sont absolument insuffisants, si on laisse le sujet marcher. Il importe donc avant tout de recourir *au décubitus horizontal;* celui-ci a des effets décisifs.

Mais comme le décubitus absolu, appliqué d'une manière permanente

pendant les vingt-quatre heures du jour et de la nuit, durant un long temps, rencontre toutes sortes d'oppositions de la part des familles, je le combine avec les diverses occupations du jour, de telle manière que la colonne vertébrale ne soit chargée du poids des parties supérieures du corps qu'une demi-heure de suite environ. La *méthode* est acceptée dans ces conditions, sans résistance, par les parents et les jeunes sujets.

Il sera indispensable d'y ajouter l'usage d'un corset qui, en maintenant le rachis, rend le traitement précédent plus efficace et lui assure des effets plus rapides. Il va de soi qu'un traitement général tonique et reconstituant, joint à une hygiène où la vie au grand air aura lieu aussi largement que possible, devra être appliqué.

J'ai pu constater, pendant de nombreuses années, les excellents effets du traitement rationnel que je viens de décrire et qui n'a pas été exposé encore.

Rhumatisme des articulations vertébrales et torticolis.

(*Bulletin médical*, p. 791 ; 1895.)

J'ai fait voir, dans cette leçon clinique, que le torticolis du sterno-mastoïdien et surtout celui des muscles postérieurs du cou n'était qu'un symptôme de l'arthrite des articulations des vertèbres cervicales ou des articulations de la tête avec le cou. Contrairement à ce qu'ont écrit la plupart des auteurs, le torticolis aigu n'entraîne pas d'altérations osseuses ; mais le rhumatisme des articulations s'accompagne de contractures musculaires diverses, soit du sterno-mastoïdien, soit d'autres muscles, qui déterminent des inclinaisons vicieuses de la tête. Ces déviations deviennent permanentes, *non plus, comme on le croit, par le fait de la rétraction musculaire*, mais par *celui des altérations des surfaces articulaires ; il y a là, en résumé, une ostéo-chondrite plus ou moins intense.*

En même temps que *la contracture de certains muscles, on trouve de l'atrophie dans les muscles antagonistes.*

Les conséquences pratiques qui découlent de ces faits sont autres que celles qui s'adressent au simple torticolis ; elles sont les suivantes : au début, durant la période aiguë, on doit *immobiliser les parties dans une bonne position.* Plus tard, si l'on est en face de déformations accomplies, on devra procéder *au redressement de la déviation*, qu'on maintiendra à l'aide d'appareils spéciaux.

Les autres moyens sont primés par les indications précédentes.

Rachitisme et luxations congénitales de la hanche.

(*Bulletin médical*, p. 839 ; 1895.)

Le rachitisme s'associe parfois aux malformations des membres et aux luxations congénitales de la hanche en particulier. J'en ai observé un certain nombre d'exemples. Il modifie l'expression clinique de la malformation. Lorsque le rachitisme s'accompagne de fortes incurvations des membres et du rachis, la station debout, la marche sont profondément troublées par lui, et si l'attention n'est pas en éveil, les déformations congénitales passent inaperçues. Le diagnostic n'en est pas fait. Cette Note montre un cas de ce genre tout à fait insolite, qui met en relief des particularités propre au rachitisme et aux luxations congénitales de la hanche. J'ai montré qu'au point de vue thérapeutique il convient d'abord de guérir le rachitisme, maladie temporaire d'une durée de deux ans en moyenne, avant de songer à intervenir pour la luxation de la hanche. Ce ne sera donc qu'après l'âge de cinq ans environ et lorsque les cas l'exigeront qu'on devra, dans ces associations du rachitisme et des malformations, recourir à un traitement opératoire.

Luxations congénitales de la hanche. — Pathogénie et de quelques variétés rares.

(*Congrès de Bordeaux*, 1895.)

L'histoire des luxations congénitales présente encore de nombreuses et grandes lacunes. La pathogénie n'en est pas faite, la clinique est encore incomplète et les règles d'un traitement sur lequel on se serait mis d'accord sont aussi à tracer.

Les faits que j'ai présentés dans ce Travail contribueront, je l'espère, à élucider quelques-uns des chapitres obscurs que je viens de signaler. Ils reposent sur l'examen anatomique et histologique des altérations : l'un d'eux est particulièrement intéressant, parce qu'il a trait à un nouveau-né et qu'on a pu y étudier les cartilages d'ossification. Il a été reconnu que ces cartilages étaient normaux et que, par conséquent, *les théories qui se fondaient, pour expliquer le mécanisme de production des luxations congénitales de la hanche, sur une soudure prématurée du fond de la cavité cotyloïde ou sur une altération des lignes d'ossification n'étaient pas générales ni même exactes.*

Mais en même temps nous avons constaté *une atrophie vraie des muscles du membre inférieur correspondant à la luxation.* L'examen histologique des muscles nous a fait voir que les faisceaux musculaires sont intacts, sans altération dégénérative; mais ils sont moins nombreux que dans le membre sain, ce qui veut dire que beaucoup d'entre eux ne sont pas nés.

En résumé, il existe, comme lésions primitives dans cette maladie, une *atrophie osseuse du bassin, de la cavité cotyloïde en particulier*, et une *atrophie des muscles du membre.*

L'atrophie musculaire, bien différente de la *paralysie infantile dont Verneuil a fait une théorie générale,* que j'ai étudiée, je crois, le premier, en tant que lésion atrophique contemporaine de l'atrophie cotyloïdienne, m'a conduit à donner de la cause de ces altérations une explication différente de celle qu'on invoque communément aujourd'hui. N'ayant pas pu accepter une des nombreuses théories mécaniques qu'on a invoquées tour à tour, *j'ai été amené à placer dans le système nerveux central, dans la moelle en particulier, le trouble premier qui engendre à son tour les altérations du bassin et du membre pelvien,* altérations qui ne sont pas aussi locales qu'on le prétend, puisque j'ai fait voir *que tous les muscles du membre inférieur présentent aussi de l'atrophie,* c'est-à-dire un développement incomplet.

Les autres faits contenus dans cette Communication signalent seulement quelques points plus spéciaux. Dans l'un la tête du fémur luxé est restée dans les parties molles et le *fibro-cartilage du sourcil cotyloïdien l'a suivie en l'entourant comme un anneau, fait unique.* Dans un autre, *la tête est restée dans le cotyle,* mais celui-ci, atrophié comme toujours, n'en pouvait recevoir qu'une très faible partie; c'est le premier degré de l'affection qui a persisté tant que le sujet a vécu, c'est-à-dire jusqu'à 35 ans, sans qu'il se soit produit un déplacement.

Du rôle des ligaments et des capsules sur le développement des épiphyses pendant leur période de croissance. — Brièveté des deux ligaments rotuliens produisant une luxation intermittente de chaque rotule : prétibiale à droite, en coin et dans l'articulation à gauche.

(*Congrès de Bordeaux,* 1895.)

L'examen comparatif de l'appareil ligamenteux de certaines jointures à diverses époques, durant la période fœtale et pendant celle de la croissance des sujets, plus tard enfin, à l'âge adulte, m'a suggéré la pensée que *les*

ligaments articulaires, comme certains tendons d'ailleurs, jouent un rôle utile dans le développement des épiphyses des jointures. Il n'a toutefois rien de comparable à celui qui est dévolu aux cartilages que possèdent les épiphyses et, en réalité, dans un os quelconque, la fonction ostéogène reste le privilège exclusif du périoste et des cartilages.

Le rôle de l'*appareil de conjonction*, c'est-à-dire des ligaments et des capsules articulaires pendant le développement du squelette, consiste avant tout à maintenir les extrémités des os en présence, en les reliant l'une à l'autre; mais il paraît avoir aussi *la fonction de conserver une harmonie nécessaire au jeu des articulations, en dirigeant le développement* dans un sens ou dans un autre, surtout en l'empêchant d'être exubérant là où il ne saurait l'être sans compromettre la mobilité des jointures.

Je ne crois pas utile de développer davantage les considérations générales qui viennent à l'appui de la proposition précédente. Elles ont été justifiées dans mon travail sur ce sujet par de nombreux arguments et par deux exemples, qui prouvent manifestement l'étroite relation qui existe entre certaines atrophies osseuses et un trouble de nutrition des ligaments. Dans ces deux cas, la rotule, os sésamoïde, est restée d'un petit volume, atrophiée en un mot, alors que le grand ligament rotulien, qui l'unit à la tubérosité antérieure du tibia, était lui-même l'objet d'une atrophie considérable, accompagnée d'un raccourcissement de plus de moitié.

La brièveté du ligament rotulien a déterminé en même temps un déplacement de chaque rotule, *véritables luxations intermittentes,* curieuses par leur siège.

Du côté droit, la rotule vient se mettre obliquement sur la tubérosité externe du tibia; du côté gauche, la rotule s'enfonce comme un coin dans l'intervalle laissé libre par l'écartement du fémur et du tibia. Le premier de ces deux déplacements est une luxation véritable; le second est une forte exagération de l'état normal. Ces deux luxations ne se produisent d'ailleurs qu'avec la flexion de la jambe sur la cuisse; dans l'extension, les deux rotules sont sur le plan médian au-dessous de leur place ordinaire.

La cause de ce double état se trouve dans une brièveté tout à fait anormale du ligament rotulien. Les mensurations prises ont démontré que ce ligament est presque trois fois plus court que chez un sujet du même âge normalement conformé.

Cette brièveté explique à elle seule l'un des déplacements; d'autres conditions sont nécessaires pour comprendre la luxation prétibiale.

Cet état est congénital, la marche du sujet en est d'ailleurs peu gênée. Il n'y a donc pas lieu de songer à le guérir, chose que je crois impossible d'ailleurs. Mais il faut savoir que cet enfant est plus exposé que les autres à des arthrites, et l'on devra lui faire choisir plus tard une profession sédentaire.

Un cas de faux pénis ombilical.

(*Congrès de Bordeaux,* 1895, et *Bulletin médical,* p. 894; 1895.)

L'exemple suivant montre à quel point les apparences cliniques sont trompeuses parfois.

Un matin, on me présente à l'hôpital Trousseau un très jeune enfant qui, d'après la mère, *avait deux pénis et urinait par les deux organes à la fois.* En effet, à peine eut-elle découvert l'enfant que celui-ci permit à tous les élèves de mon service de constater le fait. *Nous le vîmes uriner par le pénis normal et par un autre organe occupant l'ombilic, ayant absolument la conformation d'un pénis ordinaire.* La miction se faisait pareillement par les deux organes; mais elle ne se produisait que d'une manière accidentelle par le pénis supérieur. L'interrogatoire de la mère et l'examen du petit sujet nous fournirent l'explication de cette singulière bizarrerie. L'enfant était venu au monde atteint de *hernie ombilicale de l'ouraque.* Cette hernie ayant été méconnue, on avait compris le canal de l'ouraque, qui n'est que le prolongement de la vessie, dans la ligature du cordon. Après la chute du fil à ligature, on put reconnaître une *fistule urinaire ombilicale intermittente.* Plus tard et progressivement, la hernie ombilicale prit un développement cylindro-conique qui lui donna d'autant mieux la forme d'un pénis que la peau formait à son pourtour un capuchon comparable à un prépuce. La miction intermittente s'expliquait par la résistance de l'anneau musculaire si bien décrit par Richet à la partie profonde de l'ombilic. Cet anneau remplissait l'office d'un sphincter à l'égard de l'ouraque non oblitéré qui s'engageait dans la hernie. Ce fait curieux fournit l'explication de ces erreurs étranges ou, plutôt, d'opinions bizarres qu'on trouve répandues dans le public.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo.

(*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 3 décembre 1894; t. CXIX, p. 959.)
En collaboration avec M. Achard.

Cette Note renferme une étude microbiologique et expérimentale d'un microbe trouvé dans les lésions d'un kanguroo du Muséum, atteint d'ostéomyélite de la mâchoire inférieure. *Ce microbe, qui se présente généralement sous la forme d'un diplocoque, se distingue à la fois du pneumocoque et des types ordinaires de streptocoques par les caractères particuliers de ses cultures.* Il se rapproche assez du *Micrococcus endocarditis rugatus*, décrit par Weichselbaum, sans qu'on puisse toutefois l'identifier avec lui.

Il est doué de propriétés pyogènes et produit, à faibles doses, la péritonite purulente lorsqu'on l'injecte dans le péritoine des cobayes et des lapins. Injecté dans le sang, il tue par septicémie, ou provoque, à doses moindres, des foyers de suppuration et particulièrement des arthrites. Il convient de signaler, dans une de ces expériences, le développement d'une monoarthrite radio-carpienne chez un lapin, suivie de paraplégie transitoire et d'amaigrissement considérable, accidents qui se terminèrent par la guérison complète.

Contrairement à ce qu'on obtient avec le streptocoque pyogène, les injections intra-veineuses n'ont jamais déterminé d'ostéomyélite, même chez les animaux jeunes; c'est seulement l'inoculation directe dans la moelle osseuse qui a pu y provoquer la formation du pus.

Le rôle de ce microbe dans les lésions maxillaires du Kanguroo ne peut d'ailleurs être déterminé d'une façon précise, car le foyer était infecté par de nombreux organismes. Il est probable que les lésions osseuses procédaient d'une origine dentaire.

Ostéomyélite et exostoses ostéogéniques ou de développement.

(*Congrès de Bordeaux*, 1895.)

On ignore quelle est la cause de la formation des exostoses dites ostéogéniques et par suite quelle est la nature de cette affection. On accuse assez souvent la syphilis des parents, mais cette cause est très loin d'être constante. Il est possible, il est probable même que des influences d'un ordre différent amènent par voie d'hérédité, chez les sujets en voie de croissance,

ce singulier trouble du développement des os. Aussi convient-il de signaler tous les faits qui peuvent conduire à une interprétation de quelque valeur.

Une maladie du squelette des parents, de nature accidentelle, telle qu'une ostéomyélite, dans laquelle les os conservent longtemps la trace des atteintes reçues, survenue d'ailleurs avant la procréation des enfants, ne pourrait-elle pas amener héréditairement chez ces derniers les exostoses dites *de croissance,* c'est-à-dire une déviation avec excès de production du développement des os? Il serait inutile d'émettre cette hypothèse sans l'appui de l'observation clinique, à défaut d'une expérimentation démonstrative. J'ai eu l'occasion d'observer deux faits intéressants à ce point de vue. Dans les deux cas *l'un des parents a eu une ostéomyélite* (à staphylocoques dans un cas) et plusieurs des enfants ont eu *des exostoses multiples ostéogéniques.* Il deviendra donc nécessaire dorénavant de chercher dans quelles proportions le rapport précédent se montre.

Statistique microbienne de l'ostéomyélite.

Dans un exposé précédent, j'ai rendu compte de mes travaux sur l'ostéomyélite et particulièrement des recherches qui ont établi la pluralité des agents microbiens susceptibles de provoquer cette affection. Ce fait a été confirmé depuis par divers observateurs, ainsi que par les recherches poursuivies dans mon service d'hôpital et dans mon laboratoire.

J'avais rapporté, dans une Note précédente, une statistique de 45 cas, en vue de donner une idée de *la fréquence avec laquelle ces divers microbes interviennent respectivement dans la pathogénie de l'ostéomyélite.* Les faits nouveaux dont je dispose m'ont permis de doubler cette statistique et de fournir ainsi une base plus solide à cette évaluation.

Voici cette statistique :

Staphylocoque orangé	56
» blanc	11
» orangé et blanc	1
» citrin	1
» orangé et coli-bacille	1
Streptocoque pyogène	10
» » et staphylocoque blanc	1
Pneumocoque	3
Microcoque indéterminé (peut-être pneumocoque?)	2
Bacille d'Eberth	4
	90

Une autre particularité qui ressort de cette statistique, c'est la *prédilection des ostéomyélites à streptocoques et pneumocoques pour les premières années de l'enfance*; en effet, ces cas se décomposent ainsi :

10 ostéomyélites à streptocoques.	18 jours	soit 5 dans le cours de la 1re année.
	7 semaines	
	3 mois $^1/_2$	
	4 mois	
	11 mois	
	15 mois	soit 3 de 1 à 5 ans.
	4 ans $^1/_2$	
	5 ans	
	9 ans	soit 1 de 5 à 10 ans.
	13 ans	soit 1 au-dessus de 10 ans.
3 ostéomyélites à pneumocoques.	4 mois $^1/_2$	soit 1 dans le cours de la 1re année.
	17 mois	soit 2 dans le cours de la 2e année.
	21 mois	

GAUTHIER-VILLARS ET FILS, IMPRIMEURS-LIBRAIRES DES COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.
22625 Paris. — Quai des Grands-Augustins, 55.